

Ansprechpartner: Dr. Ulrike Faust, Dr. Alexandra Doehring, Dipl. Biol. Silja Gauß, Dr. Antje Stäbler, Dr. Hoa Nguyen, Dr. Tobias Haack

Analysen zur Onkogenetik (Material 2 x 5 ml EDTA Blut)

Patientendaten (ggfs. Aufkleber) m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/> Name, Vorname _____ geb. _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Besteht eine Schwangerschaft? Nein _____ Ja SSW ____+____	Auftraggebender Arzt (Stempel) _____ Datum, Unterschrift _____ Name des Arztes in Druckbuchstaben <input type="checkbox"/> Rücksprache erbeten, Tel.: _____
---	---

Entnahmedatum: <input type="checkbox"/> GKV-Patient (Labor-ÜS Muster 10 - Laborbudget wird nicht belastet) <input type="checkbox"/> HSA / <input type="checkbox"/> EBM <input type="checkbox"/> Selbstzahler, ambulant/stationär <input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender / Klinik	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">DNA-Nr</td> <td style="width:50%;">Mat</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;">Hz _____</td> <td style="width:50%;">Dat _____</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">Interne Vermerke</p>	DNA-Nr	Mat	Hz _____	Dat _____
DNA-Nr	Mat				
Hz _____	Dat _____				

Gemäß GenDG ist eine diagnostische Untersuchung nur nach Aufklärung durch die verantwortliche ärztliche Person (einsendender Arzt) möglich, welche dem untersuchenden Labor in schriftlicher Dokumentation mitgeteilt werden muss (GenDG §9).
Prädiktive Untersuchungen sind nur nach vorangegangener fachgebundener humangenetischer Beratung erlaubt (GenDG §10).

(Verdachts-)Diagnose betroffen zum Ausschluss prädiktiv

Klinische Symptomatik / Familienanamnese / Vorbefunde

Ergebnisse / Befunde von Voruntersuchungen (ggfs. bitte in Kopie beilegen)

Bitte beachten Sie, dass seitens der KBV Beschränkungen hinsichtlich des Untersuchungsumfangs im „Krankheitsfall“ (entspricht 4 Quartalen) bestehen. Sollte dieses Kontingent im Falle Ihres Patienten durch die vorliegende Anforderung überschritten werden, werden wir Sie informieren. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen senden wir Ihnen die entsprechenden Unterlagen gerne zu. Genetische Untersuchungen belasten weiterhin nicht das Praxisbudget.

Die Konsortiums-EV liegt vollständig unterschrieben vor.

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #fce4d6;">Hereditäres Brust-und Ovarialkarzinom (HBOC)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HBOC_01.1: Sequenzierung und Gendosisanalyse <i>BRCA1, BRCA2 und CHEK2 c.1100delC+ del Ex 9 und 10 (fakultative Gene: CHEK2, PALB2, RAD51C)</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HBOC_02.2: Sequenzierung (genehmigungspflichtig) <i>ATM, BRIP1, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53</i></td> </tr> <tr> <td>Weitere Gene nach Absprache</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #fce4d6;">Lynch Syndrom (HNPCC)</td> </tr> <tr> <td>MSI und/oder IHC (Expressionsminderung um mehr als 50%)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HNPCC_01.1 MLH1 und/oder PMS2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HNPCC_02.1 MSH2 (incl. EPCAM Gendosis) und/oder MSH6</td> </tr> <tr> <td>Wenn kein Tumormaterial vorliegt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HNPCC_03.1 MLH1, MSH2 (incl. EPCAM Gendosis), MSH6 u. PMS2</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #fce4d6;">Polyposis Syndrome</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adenomatöse Polyposis coli (FAP) (APC, 611731)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adenomatöse Polyposis coli (MAP) (MUTYH, 604933)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers-Syndrom (STK11, 602216)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cowden Syndrom (PTEN, 601728)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Falls die diagnostische Fragestellung durch die Basisdiagnostik nicht geklärt werden konnte, bitte für gesetzlich Versicherte Antrag auf Erweiterung des Panels zuschicken! Alternativ besteht die Möglichkeit, uns eine Vollmacht zur Antragstellung zu erteilen (s. Anlage).</td> </tr> </table>	Hereditäres Brust-und Ovarialkarzinom (HBOC)	<input type="checkbox"/> HBOC_01.1: Sequenzierung und Gendosisanalyse <i>BRCA1, BRCA2 und CHEK2 c.1100delC+ del Ex 9 und 10 (fakultative Gene: CHEK2, PALB2, RAD51C)</i>	<input type="checkbox"/> HBOC_02.2: Sequenzierung (genehmigungspflichtig) <i>ATM, BRIP1, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53</i>	Weitere Gene nach Absprache	Lynch Syndrom (HNPCC)	MSI und/oder IHC (Expressionsminderung um mehr als 50%)	<input type="checkbox"/> HNPCC_01.1 MLH1 und/oder PMS2	<input type="checkbox"/> HNPCC_02.1 MSH2 (incl. EPCAM Gendosis) und/oder MSH6	Wenn kein Tumormaterial vorliegt	<input type="checkbox"/> HNPCC_03.1 MLH1, MSH2 (incl. EPCAM Gendosis), MSH6 u. PMS2	Polyposis Syndrome	<input type="checkbox"/> Adenomatöse Polyposis coli (FAP) (APC, 611731)	<input type="checkbox"/> Adenomatöse Polyposis coli (MAP) (MUTYH, 604933)	<input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers-Syndrom (STK11, 602216)	<input type="checkbox"/> Cowden Syndrom (PTEN, 601728)	<input type="checkbox"/> Falls die diagnostische Fragestellung durch die Basisdiagnostik nicht geklärt werden konnte, bitte für gesetzlich Versicherte Antrag auf Erweiterung des Panels zuschicken! Alternativ besteht die Möglichkeit, uns eine Vollmacht zur Antragstellung zu erteilen (s. Anlage).	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #fce4d6;">Gastrointestinale Tumore</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Familiäres Pankreaskarzinom (FPC) (PALB2, 610355)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diffuses Magenkarzinom (CDH1, 192090)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #fce4d6;">Endokrinologische Tumore</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 1 (MEN1) (MEN1, 613733)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 2A/B (MEN2) (RET, 164761)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #fce4d6;">Sonstige Tumorerkrankungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Li-Fraumeni-Syndrom (TP53, 191170)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retinoblastom (RB1, 614041)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retinoblastom (RB1, 614041) – FISH (Heparinblut!)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Von-Hippel-Lindau Syndrom (VHL, 608537)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ 1 (NF1, 613113)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Andere indikationsbezogene Gene nach Absprache (evtl. genehmigungspflichtig)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #fce4d6;">Sonstiges</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Testung auf familiäre Mutation (bitte mit Mutationsangabe):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Befundbestätigung (zweite Blutprobe)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Olaparib-Diagnostik</td> </tr> </table>	Gastrointestinale Tumore	<input type="checkbox"/> Familiäres Pankreaskarzinom (FPC) (PALB2, 610355)	<input type="checkbox"/> Diffuses Magenkarzinom (CDH1, 192090)	Endokrinologische Tumore	<input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 1 (MEN1) (MEN1, 613733)	<input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 2A/B (MEN2) (RET, 164761)	Sonstige Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Li-Fraumeni-Syndrom (TP53, 191170)	<input type="checkbox"/> Retinoblastom (RB1, 614041)	<input type="checkbox"/> Retinoblastom (RB1, 614041) – FISH (Heparinblut!)	<input type="checkbox"/> Von-Hippel-Lindau Syndrom (VHL, 608537)	<input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ 1 (NF1, 613113)	<input type="checkbox"/> Andere indikationsbezogene Gene nach Absprache (evtl. genehmigungspflichtig)	Sonstiges	<input type="checkbox"/> Testung auf familiäre Mutation (bitte mit Mutationsangabe):	<input type="checkbox"/> Befundbestätigung (zweite Blutprobe)	<input type="checkbox"/> Olaparib-Diagnostik
Hereditäres Brust-und Ovarialkarzinom (HBOC)																																		
<input type="checkbox"/> HBOC_01.1: Sequenzierung und Gendosisanalyse <i>BRCA1, BRCA2 und CHEK2 c.1100delC+ del Ex 9 und 10 (fakultative Gene: CHEK2, PALB2, RAD51C)</i>																																		
<input type="checkbox"/> HBOC_02.2: Sequenzierung (genehmigungspflichtig) <i>ATM, BRIP1, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53</i>																																		
Weitere Gene nach Absprache																																		
Lynch Syndrom (HNPCC)																																		
MSI und/oder IHC (Expressionsminderung um mehr als 50%)																																		
<input type="checkbox"/> HNPCC_01.1 MLH1 und/oder PMS2																																		
<input type="checkbox"/> HNPCC_02.1 MSH2 (incl. EPCAM Gendosis) und/oder MSH6																																		
Wenn kein Tumormaterial vorliegt																																		
<input type="checkbox"/> HNPCC_03.1 MLH1, MSH2 (incl. EPCAM Gendosis), MSH6 u. PMS2																																		
Polyposis Syndrome																																		
<input type="checkbox"/> Adenomatöse Polyposis coli (FAP) (APC, 611731)																																		
<input type="checkbox"/> Adenomatöse Polyposis coli (MAP) (MUTYH, 604933)																																		
<input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers-Syndrom (STK11, 602216)																																		
<input type="checkbox"/> Cowden Syndrom (PTEN, 601728)																																		
<input type="checkbox"/> Falls die diagnostische Fragestellung durch die Basisdiagnostik nicht geklärt werden konnte, bitte für gesetzlich Versicherte Antrag auf Erweiterung des Panels zuschicken! Alternativ besteht die Möglichkeit, uns eine Vollmacht zur Antragstellung zu erteilen (s. Anlage).																																		
Gastrointestinale Tumore																																		
<input type="checkbox"/> Familiäres Pankreaskarzinom (FPC) (PALB2, 610355)																																		
<input type="checkbox"/> Diffuses Magenkarzinom (CDH1, 192090)																																		
Endokrinologische Tumore																																		
<input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 1 (MEN1) (MEN1, 613733)																																		
<input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 2A/B (MEN2) (RET, 164761)																																		
Sonstige Tumorerkrankungen																																		
<input type="checkbox"/> Li-Fraumeni-Syndrom (TP53, 191170)																																		
<input type="checkbox"/> Retinoblastom (RB1, 614041)																																		
<input type="checkbox"/> Retinoblastom (RB1, 614041) – FISH (Heparinblut!)																																		
<input type="checkbox"/> Von-Hippel-Lindau Syndrom (VHL, 608537)																																		
<input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ 1 (NF1, 613113)																																		
<input type="checkbox"/> Andere indikationsbezogene Gene nach Absprache (evtl. genehmigungspflichtig)																																		
Sonstiges																																		
<input type="checkbox"/> Testung auf familiäre Mutation (bitte mit Mutationsangabe):																																		
<input type="checkbox"/> Befundbestätigung (zweite Blutprobe)																																		
<input type="checkbox"/> Olaparib-Diagnostik																																		

Patientendaten (ggfs. Aufkleber)		m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/>
Name, Vorname _____		geb. _____
Straße _____		
PLZ _____	Ort _____	
Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja SSW ____+____		

Auftraggebender Arzt (Stempel)	

Datum, Unterschrift	

Name des Arztes in Druckbuchstaben	

Telefon	

Betrifft Auftrag vom _____

Eine umfassende Diagnostik mit erweiterter Suche in zusätzlichen Sequenzen im Rahmen der EBM Gebührenordnungspositionen 11514, 11449 und 19425 unterliegt der Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse. Sofern Sie uns eine Vollmacht erteilen, übernehmen wir gerne die dafür erforderliche Antragstellung.

Übertragung der Vollmacht

Ich bevollmächtige das MVZ des UKT*, Fachgebiet Medizinische Genetik in Tübingen, zu diesem Zweck eine Genehmigung mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit bei meiner Krankenkasse zu beantragen und entbinde die Ärzte des UKT/MVZ von der Schweigepflicht in o.g. Angelegenheit gegenüber der Krankenkasse.

X.....
Patient/gesetzl. Vertreter (Datum, Unterschrift)

Sofern die Genehmigung durch die Krankenkasse nicht erteilt wird, bieten wir die Diagnostik auch als Selbstzahlerleistung an.

Bitte informieren Sie mich über die Möglichkeit einer Selbstzahlerleistung

Telefon

*MVZ des UKT für Radioonkologie, Medizinische Genetik, Neurochirurgie, Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie
Hoppe-Seyler-Str. 3
72076 Tübingen